

ANNÉE 1914

THÈSE

N°

PRÉSENTÉE POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Rachel TAITZ

Née à Lidy, le 15 février 1889

Hémorragies intrapéritonéales

PAR RUPTURE DES

follicules de de Graaf, normaux ou pathologiques

Président : M. HARTMANN, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VI)

—
1914

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	NICOLAS
Physiologie.	CH. RICHET
Physique médicale.	WEISS
Chimie organique et Chimie générale.	DESCREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales.	ACHARD
Pathologie médicale.	WIDAL
	TEISSIER
Pathologie chirurgicale.	LEJARS
Anatomie pathologique.	L'IERRE MARIE
Histologie.	PRENANT
Opérations et appareils.	AUGUSTE BROCA
Pharmacologie et matière médicale.	POUCHET
Thérapeutique.	MARFAN
Hygiène.	CHANTEMESSE
Médecine légale.	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER
	DEBOVE
Clinique médicale.	LANDOUZY
	GILBERT
	CHAUFFARD
	HUTINEL
Maladies des enfants.	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	GILBERT BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux.	DEJERINE
	DELBET
Clinique chirurgicale.	QUENU
	RECLUS
	HARTMANN
Clinique ophtalmologique.	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	LEGUEU
	BAR
Clinique d'accouchements.	PINARD
	RIBEMONT-DESSAIGNE
Clinique gynécologique.	POZZI
Clinique chirurgicale infantile.	KIRMISSON
Clinique thérapeutique.	ALBERT ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ALGLAVE	GUENIOT	LERI	RICHAUD
BERNARD	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BRANCA	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRUMPT	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SAUVAGE
CAMUS	LABBE (H.)	MULON	SCHWARTZ (A.)
CASTAIGNE	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	SICARD
CHAMPY	LANGLOIS	NOBECOURT	TANON
CHEVASSU	LECENE	OKINCZYC	TERRIEN
COUVELAIRE	LEMIERRE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	VILLARET
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERRER	ZIMMERN
GREGOIRE	LEREBoullet	RIBIERRE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*Témoignage de ma profonde
affection.*

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

MONSIEUR LE DOCTEUR LAUNOIS

Médecin de l'Hôpital Lariboisière
Professeur agrégé

MONSIEUR A. PETIT

Médecin de l'Hôtel-Dieu

MONSIEUR LE PROFESSEUR HARTMANN

Chirurgien de l'Hôpital Laënnec

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LECÈNE

Chirurgien de l'Hôpital Laënnec

MONSIEUR OKINCZYK

Professeur agrégé

MONSIEUR LE PROFESSEUR BAR

Accoucheur à la Clinique Tarnier

MONSIEUR LEQUEUX

Accoucheur des Hôpitaux
Professeur agrégé

MONSIEUR LE DOCTEUR ALBERT WEIL

Chef du Service de Radiologie
à l'Hôpital Trousseau

A MON EXCELLENT MAÎTRE
ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR HARTMANN

Professeur de Clinique chirurgicale
Chirurgien de l'Hôpital Laënnec
Chevalier de la Légion d'honneur

*Qui nous a fait le grand hon-
neur d'accepter la présidence
de notre thèse.*

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ P. LECÈNE

Chirurgien à l'Hôpital Laënnec

*Qui a bien voulu nous guider
dans notre travail.*

*Témoignage respectueux de
notre reconnaissance.*

INTRODUCTION

Nous avons eu l'occasion d'observer en 1907 une malade qui entra dans le service de notre maître le professeur Hartmann à Lariboisière, et chez laquelle on porta le diagnostic d'hématocèle pelvienne, la rattachant à l'existence d'une grossesse tubaire.

L'opération fut faite par M. le Dr Lecène, et on constata, en décollant les annexes gauches, un petit kyste hématique de l'ovaire qui s'était rompu, avait saigné et produit une hématocèle rétro-utérine de dimensions notables.

Cette observation fut le point de départ de notre travail, dans lequel nous avons eu pour but de ne rapporter que les observations où les examens macroscopique et microscopique ont été faits, et nous sommes heureux d'avoir pu trouver au cours de nos recherches un certain nombre de faits qui nous permettent d'établir qu'à côté de l'hématocèle due à une grossesse ectopique, de beaucoup la plus fréquente, il existe une hématocèle, indépendante de toute grossesse extra-utérine et due à la rupture d'un follicule de de Graaf normal, d'un hématome ovarien ou d'un petit kyste ovarique.

Nous ne voulons pas mettre en parallèle la fréquence de ces deux causes d'hématocèle, bien persuadé que l'hématocèle due à une grossesse ectopique reste la règle; et que l'autre n'est que l'exception; il est utile pourtant de savoir qu'on ne doit pas forcément rattacher à un trouble de la fécondation tous les épanchements pelviens sanguins, libres ou enkystés, que l'on peut rencontrer chez la femme.

Hémorragies intrapéritonéales

PAR RUPTURE DES

follicules de de Graaf, normaux ou pathologiques

HISTORIQUE

On attribue à Nélaton l'honneur d'avoir le premier donné la description clinique des plus complètes de l'hématocèle rétro-utérine. Après lui, les auteurs qui s'occupent de la question en donnent une quantité de théories ; les vérifications sur la table d'autopsie étaient rares, et les interventions chirurgicales avaient une gravité telle que l'abstention était alors plus profitable aux malades.

Ils incriminent tour à tour dans la production de l'épanchement sanguin : la pelvipéritonite hémorragique (Wirkow, Bernutz et Jousset), la rupture du plexus utéro-ovarien (Richet, Puech et Courty), l'hémorragie tubaire (Trousseau), enfin les hémorragies d'ovaire (Nélaton, Denonvilliers, Voisin).

Dès 1853, Dénucé écrivait déjà que l'hématocèle intra-pelvienne était toujours le résultat d'une grossesse extra-utérine. Reprise par Gallard et admise à

titre de simple hypothèse en 1855, cette idée de l'hématocèle par rupture de grossesse tubaire était présentée par lui en 1877 comme une affirmation basée sur des faits bien observés.

La grossesse extra-utérine est donc à l'origine de la plupart des hématocèles. Cette opinion est acceptée en Allemagne par Schröder, Veit, Martin. Lawson-Tait en Angleterre devient le défenseur fervent de cette théorie ; dans tous les cas opérés par lui, il trouva toujours le fœtus et tout au moins des débris placentaires.

L'accord semble donc fait, et certains auteurs mêmes se refusent à admettre toute autre origine à l'hématocèle pelvienne ; ainsi d'après Thévenard (thèse de Paris, 1895-1896) la proportion de grossesse extra-utérine serait de 95 0/0 et il ne cite même aucun cas où l'on puisse incriminer une autre cause anatomique.

Les recherches récentes de quelques observateurs ont démontré qu'à côté de l'hématocèle par rupture de grossesse tubaire, qui reste la règle, il existe une hématocèle indépendante de la gravidité, qui est l'exception, mais qui n'en existe pas moins. Nos recherches ont été aussi étendues que possible et ont porté sur les différentes littératures française et étrangères.

En 1905, Harold Wilson, au sujet d'un cas d'hématome de l'ovaire, pris pour une appendicite, rappelle qu'il a eu l'occasion d'opérer 5 cas d'hématome de l'ovaire avec chaque fois présence d'une certaine

quantité de sang épanché dans le Douglas ; Wheelton Hind, en 1905, publie 1 cas d'hématocèle par rupture d'un follicule de de Graaf apoplectique. Gabriel, en 1901, publie 1 cas d'hématocèle par hémorragie ovariennne, et dans lequel il croit pouvoir éliminer la grossesse ectopique. Burger, en 1903, Otto Eagstrom, en 1907, rapportent tous deux un cas par rupture de kyste hémorragique de l'ovaire.

Très nombreux sont encore les cas dans les publications françaises. Cestan publie dans sa thèse un cas d'hémorragie bilatérale des ovaires avec rupture de l'ovaire gauche. On trouve pareilles observations dans des publications de Depage, 1898, Bender et Marcille, 1904, De Rouville, 1908, Jayle, 1908.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les ovaires, source de l'hémorragie, présentent à leur intérieur un ou plusieurs kystes hématiques. Ces kystes hématiques qui, avant la rupture sont tendus, saillants à la surface de l'ovaire, s'affaissent ensuite par flaccidité de leur paroi qui est au maximum au point où s'est effectuée la déchirure. Leur volume est variable de celui d'une noix, comme dans notre cas, à celui d'un œuf de poule ou d'un petit pois, et il y a souvent discordance entre l'hémorragie intrapéritonéale, qui peut atteindre ou dépasser un litre et la petite cavité qui lui a donné naissance.

On trouve le plus souvent la coexistence d'un ou plusieurs kystes sur le même ovaire ou celui du côté opposé. Ces kystes ont parfois un contenu clair, le plus souvent ils sont de nature hémorragique à contenu séro-hématique ou franchement sanguin.

Normalement, à chaque menstruation, il se produit au moment de la rupture du follicule une hémorragie insignifiante. Si cette hémorragie survient en dehors du processus menstruel ou que sa quantité soit anormale, elle tombe dans le domaine de la pathologie. Avant de se faire jour dans la

cavité péritonéale, le sang s'était préalablement épanché dans l'ovaire, soit en plein tissu ovarien, soit à l'intérieur d'une cavité kystique préexistante, dont il accroît brusquement le volume, distend les parois, jusqu'à ce que celles-ci, amincies, cèdent à la pression intra-kystique et laissent évacuer leur contenu à l'extérieur. L'hémorragie à l'intérieur du stroma ovarien, l'hémorragie interstitielle, constitue l'apoplexie ovarienne.

A la coupe, le tissu ovarien ne rappelle plus le tissu normal de la glande, devenu en tout point comparable à la pulpe splénique. L'abondance de l'hémorragie interstitielle peut être telle qu'elle fait éclater la capsule d'enveloppe (cas de Depage).

A l'examen microscopique, on constate que les capillaires sont dilatés, flexueux, quelques-uns même ouverts du fait de l'hyperhémie active. A un examen approfondi on trouve en quelques points quelques follicules arrivant à maturité et en voie de régression.

C'est au pourtour de ces follicules que les phénomènes vasculaires sont au maximum, il existe autour de chaque kyste folliculaire une congestion vasculaire intense; quelques-uns des capillaires se rompent et laissent les éléments sanguins se répandre de proche en proche dans le tissu ambiant. D'autres éléments, par le même mécanisme, s'épanchent dans les parois des kystes et dans leur intérieur.

La rupture se produit le plus souvent au niveau du point faible de la cavité kystique; le sang, sous

pression, s'épanche à l'intérieur de celle-ci et constitue le kyste hématique de l'ovaire.

Les hématomes de l'ovaire sont de deux sortes, suivant qu'ils se produisent dans un kyste folliculaire ou dans la cavité d'un corps jaune. Les follicules se rompent en ne donnant qu'un suintement sanguin insignifiant. Par suite d'anomalie de la ponte il y a parfois hémorragie véritable, soit au moment de la rupture, soit avant ou après celle-ci.

Avant la rupture du follicule, nous avons formation d'hématome folliculaire ; après la rupture, l'hémorragie se produit à l'intérieur du corps jaune, elle donne les hématomes du *corpus luteum*.

L'hémorragie intra-folliculaire est, pour Potier, « le résultat de la déviation fonctionnelle de l'organe ; il y a perversion par exagération de quantité de l'hémorragie qui, normalement, se développe dans le follicule de de Graaf, mûri à chaque période menstruelle ». Cet auteur trouve l'origine des hémorragies dans les troubles circulatoires résultant d'une excitation génésique exagérée, et également dans le traumatisme local provoqué par le coït.

D'autre part, l'absence de rupture du follicule au moment du suintement sanguin qui le distend, s'explique par l'épaississement de l'albuginée, qui forme une enveloppe résistante, qui ne cédera que lorsque du fait d'hémorragies successives, la pression intra-kystique l'emportera sur sa résistance. Le plus souvent l'ovule meurt, le sang épanché se résorbe, d'autres fois l'augmentation de volume du

kyste se fait progressivement. Pour Bacckel, l'accroissement de ces kystes hématiques se ferait chaque mois par une sorte de pont intra-kystique, par ouverture à son intérieur du contenu des follicules des menstruations suivantes, c'est ce qu'il appelait les « kystes ménorragiques », susceptibles d'accroissement à chaque période menstruelle.

Bien plus fréquemment, et les constatations macroscopiques nous l'ont déjà montré, l'hémorragie se produit à l'intérieur d'un ovaire déjà malade. L'hémorragie survient à titre d'accident dans l'évolution de l'ovarite scléro-kystique. Cette distinction anatomique doit avoir sa répercussion dans le domaine de la clinique ; aux hémorragies survenant dans des kystes déjà altérés doivent correspondre les cas à début brusque, accidentels et uniques ; aux hémorragies des kystes hématiques primitifs doivent se rattacher les hématocèles évoluant par poussées successives.

La paroi du kyste folliculaire se compose d'un épithélium et de deux tuniques. L'épithélium qui revêt la surface interne, est formé d'une ou de plusieurs assises de cellules cylindriques, parfois plus aplaties, rappelant un endothélium ; il est partout continu. La tunique interne est lâche, riche en vaisseaux capillaires gorgés de sang, avec souvent des hémorragies diffuses dans le tissu conjonctif lâche.

La tunique externe est fibreuse, rigide ; c'est elle qui s'oppose à la distension. Dans le cas d'héma-

tome très volumineux occupant tout le tissu de l'ovaire, la paroi atteindra une minceur extraordinaire, réduite à une simple couche épithéliale doublée d'une fine enveloppe formée de tissu conjonctif fibrillaire ; on peut apercevoir la lumière de quelques vaisseaux éparpillés, mais il n'y a plus trace de tissu ovarien proprement dit.

Le sang épanché à l'intérieur d'un follicule à déhiscence normale disparaît bientôt en raison du pouvoir de résorption dévolu aux cellules de sa surface interne qui se chargent des pigments sanguins ; le follicule prend le nom de corps jaune. Si pour une cause pathologique la résorption n'a pas lieu, et que l'hémorragie continue et se constitue en cavité close, un kyste hématique du corps jaune se trouve constitué. Ces hémorragies étaient déjà mentionnées par Robin en 1856. Pillet, en 1893, dans une série de mémoires et de présentations à la Société anatomique de Paris, établit que l'hémorragie est bien en effet développée à l'intérieur d'un corps jaune, l'ovaire est alors scléro-kystique, cette lésion amène l'hémorragie et, de plus, ces kystes ont leur importance chirurgicale. De Rouville a trouvé pour toute lésion, au cours de trois laparotomies, un kyste hématique du corps jaune du volume d'une grosse noix, saillant à la surface de l'ovaire, en imminence de rupture, et il s'étonne que cette lésion ne soit pas plus invoquée comme cause d'hématocèle.

Dans les 2 observations de W. Hind et de Engstrom, on put histologiquement attribuer à la déchirure

rure d'un kyste hématique du corps jaune, l'origine d'une hématocele pelvienne.

On trouve dans les antécédents des malades presque toujours des poussées de pelvipéritonite localisées autour des annexes malades, dont la vérification se fait au cours de l'opération par la présence d'adhérences réunissant ensemble la trompe et l'ovaire, les reliant aux parois de la cavité pelvienne et rendant leur libération difficile. L'ovaire présente à la coupe les caractères propres de l'ovaire scléro-kystique, c'est-à-dire sclérose du stroma avec bandes de sclérose séparant de petites cavités kystiques à contenu clair, caractéristique de cette affection, et d'autres kystes à contenu sanguin développés aux dépens des corps jaunes.

Les kystes des corps jaunes sont macroscopiquement reconnaissables à l'épaisseur de leur paroi, bien supérieure à celle des kystes folliculaires; de plus, « la membrane plissée, si spéciale des corps jaunes, résiste aux hémorragies successives et fournit une indication précieuse pour reconnaître cette variété » (Vigneau). Seul l'examen microscopique permet d'affirmer leur origine.

Sur une coupe, on trouve à la périphérie une tunique épaisse fibreuse, recouverte sur sa surface interne d'une couche épithéliale sur laquelle sont encore adhérents quelques globules sanguins, résidu de l'hémorragie qui a constitué leur contenu.

L'épithélium est formé par les cellules de l'ovaire, disposées en couches assez épaisses, si bien que

par sa hauteur il rappelle l'épithélium vésical et surtout la caduque utérine. « De forme le plus souvent cylindrique, parfois cubique, cet épithélium présente en certains points les mêmes caractères que l'épithélium plat » (C. Daniel). L'épithélium n'est pas constant, quelques kystes en sont partiellement dépourvus, et on trouve à la place une couche de fibrine fortement adhérente à la tunique celluleuse. « La membrane de revêtement, située sous l'épithélium, est plus ou moins plissée, elle offre par place une structure papillaire et permet d'apercevoir nettement des cellules pigmentées, séparées les unes des autres par un réseau assez développé de capillaires gorgés de sang » (Vigneau).

La tunique externe adhère fortement à la précédente, elle est résistante, fibreuse, riche en vaisseaux sanguins ; par sa face externe, elle entre en contact avec le stroma ovarien, qu'elle refoule peu à peu, au fur et à mesure que le kyste se développe.

ÉTUDE CLINIQUE

Par l'étude anatomique des hémorragies intrapéritonéales qui nous occupent, on peut déjà prévoir que l'allure clinique de ces hémorragies sera variable d'après l'abondance de l'écoulement sanguin, sous la dépendance lui-même du calibre des vaisseaux intéressés, et de l'intensité de la réaction péritonéale, chargée de limiter cet épanchement. Comparable dans ses grandes lignes à la rupture d'une grossesse ectopique, l'hématocèle que nous étudions a pourtant quelques caractères particuliers, que nous nous efforcerons surtout de mettre en évidence.

L'âge de nos malades correspond à la période active de la vie génitale.

La plupart des patientes ont eu un ou plusieurs accouchements, d'autres sont nullipares ou vierges.

Le passé génital, indemne pour ces dernières, est le plus souvent chargé ; beaucoup ont des antécédents de poussées inflammatoires avec leucorrhée, règles douloureuses et irrégulières, indice de lésions annexielles avec réaction du péritoine avoisinant.

Le moment d'apparition des accidents coïncide d'ordinaire avec la période menstruelle ; et l'on conçoit aisément que la poussée congestive, qui porte alors sur les organes pelviens, provoque parfois la distension et la rupture d'une cavité kystique. D'autres fois, c'est à l'occasion d'une congestion passagère des organes génitaux internes, provoquée par un effort exagéré et prolongé, par un traumatisme, dont le coût entre en ligne de compte. Il faut se rappeler que la cause efficiente peut faire défaut, ou être si minime qu'elle passe inaperçue, car l'on sait avec quelle facilité au cours des manœuvres opératoires, faites pourtant avec la plus grande douceur, se rompent les kystes de l'ovaire à contenu sanguin et les vaisseaux dilatés qui rampent à la surface des fibromes utérins.

Le début des accidents est rarement insidieux, même dans les formes à évolution lente, il y a toujours eu, et on retrouvera toujours par un interrogatoire serré de la malade, un moment caractérisé par des phénomènes abdominaux aigus et douloureux. La douleur est d'ailleurs variable d'intensité ; modérée dans son acuité, elle siège dans le petit bassin, s'irradie à la région lombaire, elle est comparable aux douleurs qui surviennent dans les jours qui précèdent l'écoulement menstruel chez les femmes atteintes de dysménorrhée. Elle peut, par contre, prendre un caractère d'acuité extrême, la malade éprouve subitement une sensation atroce de déchirure intense, interrompt toute occupation

et n'a que le temps de s'aliter; les syncopes sont fréquentes en pareil cas.

Lorsque l'hémorragie est très abondante, le tableau de l'inondation péritonéale se trouve réalisé; hâtons-nous de dire que cette forme est encore plus rare qu'au cours de la rupture d'une grossesse tubaire. La malade est allongée sur son lit, la face excessivement pâle et couverte de sueur, les muqueuses décolorées, exsangues, le pouls petit, rapide, incomptable, la respiration accélérée et superficielle, la température souvent en hypothermie. La patiente est agitée, inquiète, elle accuse des troubles visuels avec perception de brouillards, de mouches volantes, des troubles auditifs avec bourdonnements d'oreilles très pénibles.

L'examen de l'abdomen montre que celui-ci est distendu, un peu ballonné, douloureux à la pression; il existe parfois de la matité dans les flancs, mais le toucher vaginal reste négatif, les culs-de-sac sont souples et ne bombent pas. En somme, les signes d'une grave hémorragie interne sont au complet. Il est rare que la mort survienne du seul fait de l'hémorragie, la gravité de l'état général ne semble pas dépendre uniquement de la quantité de sang épanché; à la saignée subie par la malade, vient se joindre un état de shock nerveux avec troubles vaso-moteurs périphériques qui sont dus à l'irruption de liquide dans la cavité péritonéale.

Le plus souvent, par un traitement médical approprié; l'hémorragie s'arrête ou tout au moins les phé-

nomènes inquiétants s'amendent, tandis qu'avec cette amélioration coïncide un enkystement de l'épanchement, transformant l'inondation péritonéale en une hématocele plus ou moins abondante, localisée à la cavité pelvienne, ou débordant de part et d'autre dans les fosses iliaques.

Les signes d'hémorragie sont presque toujours moins accentués. Après la douleur du début on constate seulement que la malade est un peu pâle, décolorée, le pouls rapide autour de 120, et que la température, qui au moment de l'hémorragie était descendue au-dessous de 37 degrés, remonte dans les jours suivants, peut même atteindre 39 degrés, sans qu'on puisse incriminer aucune réaction inflammatoire, mais seulement une réaction fébrile de résorption. L'écoulement par le vagin de liquide sanguinolent et surtout de coloration brun chocolat, mêlé de caillots, est tout à fait exceptionnel. Il faut signaler, enfin, de la constipation et des troubles mictionnels, tous deux probablement de cause mécanique.

Les signes physiques, surajoutés à des symptômes fonctionnels d'hémorragie interne, sont tout à fait concluants. On voit apparaître brusquement, en quelques jours, une tuméfaction, qui très volumineuse, peut être appréciable au palper abdominal, mais qui est surtout délimitable par le palper et le toucher vaginal combinés. Cette tuméfaction est saillante dans le vagin, dont le cul-de-sac et surtout le Douglas deviennent proéminents, elle refoule en

avant le corps de l'utérus qui se trouve placé contre la symphyse et comprime en arrière les parois dépressibles du rectum ; vers le haut elle dépasse plus ou moins la symphyse pubienne, et se confond avec le grand épiploon, dont le bord libre vient se coller au-dessus d'elle ; enfin elle déborde souvent dans une ou deux fosses iliaques. Sa consistance un peu pâteuse, tendue, plus rarement fluctuante est presque caractéristique, et donne non l'impression d'une collection liquide, mais d'une collection formée à la fois de liquide et de caillot sanguins.

ÉVOLUTION, PRONOSTIC ET DIAGNOSTIC

L'hématocèle une fois constituée a une tendance spontanée vers la résorption, par suite de l'activité très grande d'absorption de la séreuse péritonéale.

Il n'est pas rare de voir des hématocèles arriver à résorption complète, mais après plusieurs mois d'immobilisation.

L'évolution progressive des hématocèles peut être modifiée par des poussées successives d'augmentation brusque de l'épanchement, survenant même chez des malades mises au repos le plus absolu.

La source de l'hémorragie n'est, en effet, pas tarie, et, à l'occasion d'une nouvelle cause provocatrice identique à la première, une nouvelle évacuation sanguine vient s'ajouter à l'épanchement sanguin déjà existant.

Ces poussées hémorragiques peuvent se reproduire à plusieurs reprises et la possibilité de déchirure des adhérences péritonéales protectrices fera toujours redouter une inondation péritonéale secondaire, et fournira une des grandes indications de l'intervention chirurgicale.

La transformation purulente de l'épanchement est relativement rare.

Le pronostic de l'hématocèle pelvienne sans grossesse extra-utérine est donc grave ; la gravité provient surtout de la répétition des accidents hémorragiques, pouvant, à tout instant de l'évolution d'une hématocèle, mettre la vie de la malade en danger.

Diagnostic. — Lorsque chez une femme encore jeune, après un début brusque et douloureux, on note des signes d'hémorragie interne et que de plus on constate par le palper et le toucher vaginal combinés, le développement rapide dans le bassin d'une tuméfaction faisant bomber le Douglas et de consistance pâteuse et semi-fluctuante, l'existence d'une hématocèle est à peu près indiscutable. En réalité, dans presque tous les cas que nous avons rapportés, le diagnostic admis fut celui d'hématocèle par rupture de grossesse tubaire, et c'est seulement au cours de l'intervention ou même ultérieurement, par l'examen anatomique et histologique des pièces prélevées, que l'on peut exclure l'existence d'une grossesse extra-utérine.

Il existe pourtant quelques signes cliniques qui, même avant l'intervention, pourraient permettre sinon d'affirmer, tout au moins d'énoncer l'origine probable de l'épanchement sanguin.

L'interrogatoire a bien quelque importance ; la régularité de la menstruation, l'absence des signes fonctionnels de toute grossesse, l'intégrité du col

utérin, qui conserve sa consistance normale et ne laisse suinter aucun écoulement teinté de sang.

L'existence des pertes brunâtre, chocolat, avec caillots sanguins, est en faveur d'une rupture d'hématocèle rétro-utérine d'origine ectopique.

Tous ces signes peuvent sinon faire affirmer l'origine de l'hématocèle, du moins la faire soupçonner, en attendant qu'un examen histologique apporte la confirmation du diagnostic.

TRAITEMENT

Nous n'avons pas pour but de passer en revue les traitements appliqués à l'hématocèle pelvienne. L'accord paraît fait actuellement sur ce sujet : toute hématocèle doit être opérée et par la voie abdominale.

Nous dirons seulement, à propos du moment où l'on doit pratiquer l'intervention, qu'il est rare, pour les hémorragies qui nous occupent, que la malade soit emportée par l'abondance de l'épanchement sanguin, la gravité des accidents du début doit en partie être mise sur le compte de l'état de schock nerveux résultant de l'irruption brusque du sang à l'intérieur du péritoine. Sans rejeter absolument l'intervention dans les quelques heures qui suivent le début de l'hémorragie, méthode qui paraît très rationnelle, puisqu'elle se propose d'aller lier le vaisseau qui saigne, il nous semble préférable d'attendre que l'orage péritonéal soit calmé, de temporiser en mettant la malade au repos absolu, au lit, la tête basse, avec de la glace sur l'abdomen, avec des injections sous-cutanées de sérum artificiel pour remonter sa tension artérielle et de renvoyer, si possible, l'intervention à plus tard, à un moment où la malade sera

plus apte à supporter un traumatisme chirurgical. Au sujet de la voie chirurgicale, ici plus que jamais la voie abdominale nous paraît indiquée, car seule elle permettra de se rendre un compte exact des lésions, de découvrir la cause de l'hémorragie et surtout de décider jusqu'où doit s'étendre la conservation.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Gottschalk, *Deutsche med. Woch.*, 10 décembre 1896.)

Hémorragie intra-péritonéale par rupture d'un kyste du corps jaune

Il s'agit d'une jeune femme de vingt-huit ans, sans antécédents héréditaires. Réglée à dix-huit ans; toujours régulièrement jusqu'au 16 mars 1896. Du 16 mars au 6 juin la malade n'a pas eu ses règles.

6 juin. — Une légère perte sanguine. La nuit suivante la malade a eu une hémorragie notable, s'accompagnant de douleurs dans le bas-ventre, surtout du côté gauche.

La malade est obligée de s'aliter, et elle reste couchée pendant trois semaines environ.

26 juin. — Une hémorragie plus abondante que les précédentes, c'est ce qui a forcé la malade d'entrer à l'hôpital.

Examen. — On trouve la malade très anémiée. Au toucher on constate que l'utérus est légèrement augmenté de volume. En arrière du corps utérin et à gauche, on sent une tumeur du volume d'une orange, légèrement mobile, sensible à la pression.

Cette tumeur paraît être intra-ligamentaire par place.

La cavité utérine était vide.

Je fais le diagnostic de grossesse ectopique gauche.

30 juin. — *Cœliotomie*. — La cavité abdominale est remplie de sang.

L'utérus est légèrement augmenté de volume ; en arrière de lui et à gauche, on trouve une tumeur du volume d'une orange de couleur bleue rougeâtre, à surface régulière ; cette tumeur paraît occuper l'ovaire gauche et par sa partie inférieure elle paraît se perdre dans le ligament large du même côté.

Lorsque j'ai cherché à dégager cette tumeur, j'ai rompu un kyste et, par l'ouverture ainsi formée, j'ai vu s'écouler une quantité considérable de sang noir, liquide.

Le pavillon de la trompe gauche est adhérent à la surface du kyste ; sa portion abdominale est légèrement épaissie.

Ablation des annexes gauches.

Les annexes droites et l'utérus sont sains et sont laissés en place.

Fermeture de la paroi abdominale. Guérison complète.

L'hémorragie a complètement cessé avec l'ablation de la tumeur ; depuis, règles normales, apparaissant toutes les quatre semaines, comme avant l'opération. L'ovaire enlevé paraît normal dans sa partie supérieure, sa partie inférieure est transformée en un kyste sanguin du volume d'une grosse pomme.

L'EXAMEN MICROSCOPIQUE très attentif nous montre que nous sommes en présence d'une hémorragie qui s'était formée primitivement dans une cavité folliculaire et que, secondairement, ce kyste folliculaire hémorragique s'était transformé en un kyste du corps jaune.

OBSERVATION II

(Depage, Soc. belge de Chirurgie, 19 mars 1898.)

Rupture de l'ovaire. — Hémorragie intra-péritonéale Laparotomie. — Guérison

L'auteur est appelé d'urgence auprès d'une jeune fille qui, depuis deux ou trois jours, présentait des symptômes du péritonisme aigu que l'on avait attribués à une perforation brusque de l'appendice. La patiente se trouvait dans un état de collapsus extrême, elle était profondément anémiée, couverte de sueurs froides; elle avait le faciès grippé, sa température était au-dessous de la normale; son pouls faible, rapide, filant, ne pouvait se compter. Le ventre était ballonné et contenait une grande quantité de liquide; dans le flanc droit on percevait une résistance plus forte que dans le reste de l'abdomen. Les phénomènes avaient débuté d'une façon subite, deux ou trois jours auparavant, par une douleur aiguë dans le côté droit. La jeune fille, d'ailleurs, était vierge, et cette constatation avait plutôt fait penser à une appendicite.

Anesthésie au chloroforme, excision de Roux; un flot de sang fait irruption à l'ouverture de la cavité abdominale. Ce sang semblait venir d'en haut, du côté du foie; il était liquide, d'aspect veineux, et la persistance de l'écoulement fit croire un moment à la rupture d'une veine de la région hépatique. On agrandit l'incision jusqu'au niveau du bord inférieur du foie;

On explore le foie sur toute sa surface sans constater rien d'anormal ; de même l'estomac ne présente aucune altération. Eviscération complète, mise à découvert du bassin, qui est rempli par un volumineux caillot sanguin. On introduit la main dans cette masse et on constate la présence d'un corps dur, qui n'était autre que l'ovaire. Ablation de cet organe. On fait alors la toilette du péritoine, on débarrasse le bassin de tous ses caillots sanguins. Suture de la paroi.

L'ovaire avait trois ou quatre fois le volume d'un ovaire normal ; on n'y reconnaissait plus l'aspect de la glande normale, tant l'hémorragie interstitielle avait désorganisé son tissu ; il était ouvert sur toute son étendue, absolument comme s'il avait éclaté en deux valves.

A l'examen microscopique, on y constata une sclérose manifeste, une infiltration sanguine abondante et par places, des follicules plus ou moins atrophies.

Suites opératoires excellentes ; amélioration même de la dysménorrhée, l'ablation de l'ovaire semble avoir exercé une influence favorable.

OBSERVATION III

(Letoux-Tuffier, *Bull. Mém. de la Soc. de Chirurgie de Paris*, séance du 12 décembre 1900.)

Inondation péritonéale par rupture d'une grossesse ovarienne probable

Il s'agit d'une femme de trente-quatre ans, qui jusque-là bien portante et parfaitement réglée le mois précédent, fut prise

subitement le 25 août dernier, jour où devaient apparaître ses règles, de coliques violentes qui l'obligèrent à se coucher. M. Letoux, appelé le lendemain dans l'après-midi, vingt heures après le début des accidents, trouve une femme pâle, aux traits tirés, dont le pouls est petit, à 120, avec une température normale et qui se plaint de ressentir de vives souffrances dans l'abdomen. Celui-ci est mou, mais mat à la percussion, donnant la sensation « d'un ventre bourré de coton ». Il est d'ailleurs impossible d'obtenir d'autres renseignements, soit de la malade, soit de son entourage ; on apprend cependant que depuis la veille, elle n'a émis, ni urine, ni gaz et que de temps en temps les douleurs s'exaspèrent et provoquent des vomissements bilieux.

La femme entre à l'hôpital le soir à 9 heures. A ce moment le pouls est incomptable. La sonde ne ramène pas la moindre goutte d'urine. S'agit-il d'une rupture de la vessie ? Se trouve-t-on en présence d'une appendicite perforée ? d'une lésion annexielle quelconque ? Ce qu'il y a de certain, c'est que la femme est mourante et qu'il faut intervenir.

Pour ne pas s'infecter les mains, M. Letoux ne pratique, ni de toucher vaginal, ni le toucher rectal, qui auraient peut-être pu éclairer le diagnostic.

La malade anesthésiée superficiellement sous chloroforme, M. Letoux fait la laparotomie. Le ventre ouvert, on s'aperçoit d'une inondation péritonéale, les anses intestinales nagent au milieu de caillots et de sang liquide. Celui-ci monte en flot du petit bassin.

Épongeant rapidement, M. Letoux va droit aux annexes ; à gauche il ne trouve qu'un kyste ovarien du volume d'une

mandarine qui se rompt sous ses doigts et qu'il repère aussitôt avec une pince ; à droite, il rencontre un second kyste, plus petit (volume d'une amande) et, immédiatement en dehors, l'ovaire qui est largement déchiré d'avant en arrière suivant son bord supérieur et qui saigne abondamment. Pincement et ligatures des pédicules annexiels. Ablation des annexes L'utérus, absolument normal, est laissé en place. Nettoyage et assèchement parfait de la cavité péritonéale. Fermeture de la paroi en un seul étage avec drainage, dans l'angle inférieur de la plaie, à l'aide d'un drain métallique fenêtré contenant une mèche aseptique. Pansement aseptique. Durée totale de l'intervention vingt minutes.

Les suites opératoires furent de plus normales : le douzième jour on enlevait les fils ; le vingtième jour la malade se levait. Depuis elle n'a jamais cessé de bien se porter.

L'examen histologique des pièces enlevées, fait par le Dr Perroyon, a donné les résultats suivants : la trompe gauche présente au niveau du pavillon une légère dilatation ; une coupe pratiquée à ce niveau ne montre absolument rien d'anormal. Les parois des trompes ne présentent pas d'épaississement, l'épithélium est normal, et, en aucun point, on ne trouve trace de quoi que ce soit qui ressemble à des villosités placentaires. La trompe droite, examinée en deux points différents (bien qu'elle ne présente pas de lésions macroscopiques), ne donne également aucun résultat. Différentes coupes sont pratiquées sur des fragments de deux ovaires, fragments prélevés au voisinage de la partie déchirée. Sur chacune des coupes on voit de nombreux follicules de de Graaf à différents stades de leur évolution. Au voisinage des points, où l'ovaire s'est rompu, le

parenchyme est infiltré de sang sur une assez grande étendue. C'est sur la partie libre et convexe de l'ovaire que s'est produite cette déchirure, et, en ce point, il semble qu'on aperçoive une paroi qui serait, sans doute, celle d'un follicule kystique. Ce qui ferait songer à cela, c'est qu'en d'autres points, sur diverses préparations, on aperçoit d'autres follicules plus volumineux qu'à l'état normal.

OBSERVATION IV

(Kober, *Centralblatt für Chirurgie* 1901, s. 1073.)

Hématocèle rétro-utérine sans grossesse extra-utérine

Femme K. S..., âgée de vingt-huit ans, entre à l'hôpital le 12 mars et sort le 4 avril.

Mariée depuis six ans et demi, elle a eu cinq grossesses normales ; les règles sont très abondantes et durent le plus souvent pendant huit jours. Les dernières règles datent du 17 février, elles n'ont pas été plus abondantes que d'habitude.

Le 7 mars, après un coït violent, la malade a ressenti des douleurs aiguës dans le bas-ventre ; ces douleurs s'irradiaient dans la région lombaire et se sont accompagnées de nausées et d'une hémorragie très abondante et continue.

Le médecin consultant a fait transporter la malade dans notre clinique.

En examinant la malade, on constate qu'elle est pâle, mais l'état général est assez bon. La température est de 36°5, la pouls 86. Rien au cœur, ni au poumon.

Le ventre est mou, ni résistance, ni sensibilité musculaire.

Au toucher. — Deux doigts pénètrent facilement dans le vagin. L'utérus est antéfléchi et approché du pubis. On ne sent rien dans les culs-de-sac latéraux.

Dans le cul-de-sac postérieur, on sent une masse résistante d'une grosseur d'un poing, sensible à la pression et immobile.

L'histoire et la clinique nous imposent le diagnostic d'une hématocele retro-utérine consécutive, probablement, à une grossesse extra-utérine.

Opération le 15 mars. — Laparotomie médiane. On constate que la cavité abdominale ainsi que le cul-de-sac de Douglas sont remplis de caillots sanguins. On enlève les caillots et on attire le fond de l'utérus en haut et en avant ; les ovaires et les trompes sont normaux. Rien dans les autres organes, dont l'hémorragie aurait pu provenir. Le tissu de l'utérus paraît assez fragile, et la pince le déchire en produisant une hémorragie assez forte pour nécessiter une excision et une suture consécutive. Suture de la paroi. Suites normales.

L'examen histologique de tissu utérin excisé ne nous donne pas le moindre soupçon de grossesse.

Le traumatisme sexuel était donc la cause provocatrice de l'hémorragie favorisée par la congestion prémenstruelle.

OBSERVATION V

(Gabriel, *Archiv. für Gynæk.*, 1901, Bd. 64. H 2.)

De l'hématocele retro-utérine d'origine ovarienne

Jeune femme de vingt-quatre ans, toujours bien réglée, ayant été soignée, il y a un an, pour une blennorragie avec

exsudat paramétrique, a vu dernièrement une hémorragie abondante se produire, après un retard de six jours de son époque menstruelle. L'hémorragie ne s'arrêtant pas, les douleurs étant de plus en plus fortes et la malade perdant tout le temps connaissance, on la transporte à la clinique. Elle est complètement exsangue, se plaint de douleurs dans le ventre qui est ballonné et tympanisé. La température est de 38°2. Le cul-de-sac vaginal postérieur est rempli par une masse fluctuante, l'utérus n'est pas augmenté du volume. On trouve, au niveau de l'ovaire gauche, une grosseur du volume d'un œuf de poule, mobile, très douloureuse au toucher. A droite il existe également une tumeur, mais plus petite. Le diagnostic de grossesse extra-utérine consécutive à une grossesse ectopique est posé.

On fait une incision du cul-de-sac postérieur et il s'écoule une grande quantité de sang coagulé et liquide ne contenant aucune trace de fœtus ou d'œuf. On pratique alors la colpotomie antérieure ; les annexes gauches sont attirées, et on constate, sur l'ovaire, augmenté de volume, une cavité du volume d'une cerise remplie de caillots sanguins, et d'où s'écoule du sang goutte à goutte. On fait l'extirpation de la trompe et de l'ovaire gauche. A droite, les annexes sont englobées dans les adhérences ; à une tentative de libération, la trompe se déchire et laisse écouler du pus. On termine alors l'opération par l'hystérectomie totale.

On trouve, à l'examen des pièces, dans l'ovaire gauche, à côté de la cavité ouverte mentionnée plus haut, un autre follicule très développé de structure normale et prêt à se rompre. Il n'existe nulle part de cellules déciduales ni de villosités chorionales.

Bien que l'examen anatomique ne permette pas d'exclure

avec certitude une grossesse ovarienne, il semble plus probable, cependant, qu'il s'agit là d'une rupture d'un follicule normal ayant déterminé l'hémorragie. En faveur de cette hypothèse militent : 1° l'absence de formations déciduales et choriales ; 2° le développement considérable du follicule avoisinant la petite cavité.

OBSERVATION VI

(Bürger, *Centralblatt für Gyn.*, 1903.)

Hémorragie dans un kyste folliculaire avec rupture secondaire du kyste dans la cavité abdominale, inondation péritonéale

La malade avait été prise brusquement de violentes douleurs dans le bas-ventre, accompagnées de tous les signes d'une hémorragie interne (pouls rapide, très faible ; muqueuses décolorées ; ventre ballonné douloureux, avec de la matité dans les parties déclives). L'utérus était refoulé contre la symphyse par une masse dure, difficile à délimiter. Laparotomie d'urgence. Guérison. Le péritoine ouvert, il s'écoule une énorme quantité de sang liquide et l'on dut extraire ensuite de gros caillots. On reconnut que les annexes gauches avaient été le point de départ de l'hémorragie et on les enleva.

Examen des pièces. — Trompe saine. L'ovaire, du volume d'un œuf de poule, présentait à l'une de ses extrémités une déchirure large et irrégulière, donnant accès dans une cavité qui occupait la presque totalité de l'organe. A côté de ce kyste principal, existait un kyste folliculaire, plus petit, à contenu

également hémorragique. L'examen histologique montra qu'il n'existait pas trace d'éléments fœtaux dans la paroi du kyste. Il est donc probable qu'il s'agit simplement d'une hémorragie dans un kyste folliculaire avec rupture secondaire du kyste dans la cavité péritonéale.

OBSERVATION VII

(Bender et Marcille, *Tribune médicale*, 20 août 1904.)

Inondation péritonéale due à la rupture d'un petit kyste folliculaire hémorragique de l'ovaire

La nommée X..., âgée de vingt-six ans, entre le 8 juin 1904 dans le service de M. le professeur Tillaux ; elle présente des signes cliniques tels que l'on porte d'emblée le diagnostic de grossesse extra-utérine rompue avec inondation péritonéale. Le visage est d'une pâleur extrême ; les lèvres sont décolorées ; la malade a des bourdonnements d'oreilles, elle est considérablement affaiblie et se trouve dans un état presque syncopal. Le pouls est à peine perceptible et fuit presque sous le doigt ; il est rapide et bat à 150 pulsations à la minute.

Les symptômes locaux sont tout aussi caractéristiques. La malade éprouve dans tout l'abdomen une douleur vague, diffuse, s'étendant jusque sous les fausses côtes. Le ventre est légèrement ballonné, douloureux à la pression ; il existe de la matité dans les parties déclives, de la sonorité au niveau de la région ombilicale. Le toucher vaginal montre l'utérus en posi-

tion normale ; l'exploration attentive des culs-de-sac révèle un léger empâtement du côté gauche ; la trompe paraît augmentée de volume.

Température 39°5.

Tous ces signes évoquaient naturellement l'idée d'une grossesse tubaire rompue, et les commémoratifs semblaient confirmer cette manière de voir. La malade raconte, en effet, qu'elle a eu, il y a trois mois, un retard des règles de quelques jours, puis les règles ont reparu, mais depuis cette époque, elles ont été beaucoup plus abondantes et sont compliquées de métrorragies intermédiaires. Le début des accidents actuels remonte à trente-six heures.

Opération. — Laparotomie d'urgence. Le péritoine ouvert, on constate qu'il s'agit bien d'une inondation péritonéale ; l'épanchement sanguin est considérable, environ 1 lit. 5.

L'hémorragie paraît arrêtée ; il existe du côté gauche un caillot du volume de deux poings, situé au-dessus du ligament large et se prolongeant en arrière de ce ligament. Le caillot étant enlevé, on voit les annexes augmentées de volume et congestionnées ; elles sont extirpées. Les annexes droites sont absolument saines. Les parois de la cavité pelvienne sont normales. L'opération est rapidement terminée, et les suites opératoires sont des plus simples.

Examen des pièces. — L'examen des pièces nous réservait une surprise. Nous nous attendions à trouver une grossesse tubaire rompue. Or, la trompe ne présentait pas de modifications. Quelques franges du pavillon étaient adhérentes à l'ovaire, mais l'orifice abdominal était libre et perméable, le calibre de

la trompe était régulier dans toute son étendue, et après incision la muqueuse fut trouvée complètement saine.

Entre la trompe et l'ovaire existait une dépression assez marquée, sorte de fossette péritonéale qui était occupée par un prolongement du caillot enlevé au cours de l'opération. Le péritoine qui tapissait la surface de cette poche était absolument lisse et uni ; il était impossible de la considérer comme représentant les débris d'un kyste fœtal. Il fallait donc chercher ailleurs le point de départ de l'hémorragie.

Nous l'avons trouvé au niveau de l'ovaire. Il existait, en effet, à la partie supérieure de celui-ci, au voisinage de son extrémité externe, un petit kyste à parois très minces, à contenu hématique gros comme une noisette, et qui présentait une déchirure assez large. Par cette déchirure, il fut possible d'extraire un caillot rétracté et lobulé qui n'adhérait en aucun point aux parois du kyste. Le tissu ovarien, à la périphérie du point d'implantation de ce kyste, était le siège d'une infiltration sanguine accentuée. L'ovaire était légèrement augmenté de volume et contenait un certain nombre de kystes.

Il existait évidemment une grande disproportion entre les lésions de l'ovaire et l'abondance de l'hémorragie qui en était résultée. Mais comme au cours de l'opération et malgré une exploration soigneuse, nous n'avons rien trouvé qui pût nous expliquer la genèse de l'inondation péritonéale, nous fûmes conduit, nécessairement et par exclusion, à l'attribuer à la rupture de ce petit kyste ovarien.

Examen microscopique. — Coupes séries portant sur le caillot sanguin et sur toute l'étendue de l'ovaire.

Le caillot nous apparut formé par un réticulum fibreux enserrant dans ses mailles des globules rouges, globules blancs et amas de pigments sanguins. A la périphérie du caillot, étaient restés adhérentes des cellules arrondies ou polyédriques qu'il était facile de reconnaître comme étant des cellules de la granulosa d'un follicule ovarien. La plupart de ces cellules étaient tuméfiées, augmentées de volume.

Les coupes de l'ovaire nous ont montré des lésions absolument identiques au niveau des divers points considérés.

Il était assez difficile de reconnaître avec précision les limites du kyste rompu, car, au niveau de son point d'implantation, le parenchyme ovarien était le siège d'une infiltration sanguine extrême. Cependant, en étudiant un certain nombre des coupes voisines, il fut possible de se rendre compte que la paroi du kyste était formée par une sorte de membrane fibreuse, dense, contenant des vaisseaux sanguins nombreux et très dilatés. Cette couche se continuait sans ligne de démarcation avec le stroma conjonctif de l'ovaire, dont elle n'était qu'une condensation ; en de nombreux points, les faisceaux conjonctifs étaient complètement dissociés par le sang extravasé. La surface externe du kyste était, dans la plus grande partie de son étendue, dépourvue de tout revêtement épithélial et recouverte de placards de fibrine ; mais en certains points particulièrement favorables, on retrouvait des débris d'une couche épithéliale, formée par des cellules cubiques, à noyau fortement coloré, disposées en trois ou quatre assises. C'étaient des cellules de la granulosa folliculaire, et cela nous permettait d'affirmer, que l'hémorragie s'était faite dans un follicule kystique. On retrouvait d'ailleurs, à la surface extérieure de ce kyste, un revêtement des cellules cubiques, plus ou moins aplaties qui

se continuaient avec l'épithélium superficiel de l'ovaire. Ceci montrait bien que le kyste s'était développé dans l'épaisseur de l'ovaire et s'était ensuite partiellement enucléé.

L'ovaire contenait un certain nombre de kystes de dimensions variables. La plupart de ces kystes étaient des kystes folliculaires. Tous ceux qui avoisinaient le kyste hématique rompu étaient remplis de sang et très distendus. On trouvait par ailleurs un assez grand nombre de follicules en voie de maturation et quelques corps jaunes à un stade de régression plus ou moins avancé.

En somme, nulle part de villosités choriales ; il s'agit bien d'un kyste folliculaire hémorragique que l'hémorragie a tout d'abord distendu et qui s'est rupturé ensuite.

OBSERVATION VIII

(Wheelton Hind. *Bulletin. med.*, t. XXVIII.)

(Résumée dans *la Gynécologie*, juillet 1905, p. 463).

Hémorragie subite de l'ovaire

Une femme de bonne santé, mariée depuis six semaines, bien réglée, est prise brusquement de douleur et de collapsus vague. Le lendemain cependant l'état général s'améliore un peu, mais l'état était encore assez grave pour qu'on procédât à la laparotomie. A l'ouverture du péritoine, on retira une grande quantité de caillots ; l'utérus et les trompes étaient dans l'état normal, mais l'ovaire y était rupturé et saignant ; on l'enleva avec la trompe. La malade guérit après l'opération.

A l'examen, on trouva un kyste sanguin dans l'ovaire enlevé, ce kyste était un corps jaune récent, mais il n'y avait aucune trace de villosités choriales ou de caduque. On diagnostiqua une grossesse ectopique rupturée, mais il n'y avait pas d'adhérences, et les deux trompes étaient normales. L'examen microscopique a montré qu'il s'agissait en réalité d'un cas rare de rupture d'un follicule de Graaf apoplectique ayant donné lieu à une hémorragie intrapéritonéale considérable.

OBSERVATION IX (Inédite).

Hématocèle rétro-utérine par rupture d'un kyste du corps jaune ; appendicite. — Opération. — Guérison

Il s'agit d'une jeune femme de trente-sept ans qui entre dans le service de M. le professeur Hartmann pour une crise d'appendicite qui a eu lieu le 15 et le 16 juillet 1907.

La malade avait déjà souffert dans l'hypogastre, surtout au moment de ses règles, mais jamais au point de Mac Burney.

17 juillet. — Une crise d'appendicite à siège classique de douleurs. Après le déjeuner, à 1 heure de l'après-midi, une douleur atroce avec évanouissement de la malade ; cette douleur n'avait débuté dans la matinée que par quelques tiraillements, fort peu pénibles, qui siégeaient dans la fosse iliaque droite.

La malade reste évanouie un quart d'heure, elle revient à elle toujours torturée par la même douleur siégeant au point de Mac Burney. Cette douleur, d'abord à localisation très précise, s'étendait progressivement dans tout l'abdomen, mais toujours prédominait au niveau de la fosse iliaque droite.

Le soir même la malade fait une température de 39°7; elle est très constipée, mais pas de vomissement, ni même de nausées.

La douleur est prolongée, toujours violente, jusqu'au lendemain midi. La malade a le ventre ballonné et elle ne peut supporter sur son abdomen le plus léger contact; la douleur lui arrachait des cris à chaque instant.

Dans l'après-midi du deuxième jour, les douleurs se calmèrent, elles n'apparaissaient plus que par crises survenant toutes les demi-heures; les douleurs allaient ainsi en diminuant pendant quatre ou cinq jours, puis cessèrent complètement, en même temps que la température redevient normale.

Depuis ce moment la malade est très affaiblie, ne peut pas se lever et se fait transporter à l'hôpital en ambulance.

Antécédents personnels. — Rougeole à l'âge de sept ans.

Réglée à treize ans et demi, ses règles sont douloureuses et peu régulières, si bien que l'on ne peut tabler sur leur retard possible pour le diagnostic.

Mariée à vingt et un ans, elle a eu 2 enfants, bien portants; une fausse couche, il y a cinq ans, une autre, peut-être, l'an dernier (retard de quinze jours et règles avec caillots de sang).

Depuis sa première couche la malade a de la métrite chronique, des douleurs dans le ventre à l'occasion des règles. Elle a subi il y a quatre ans une opération abdominale: on lui aurait enlevé les annexes du côté droit. Depuis l'opération, la malade a continué à être réglée (D^r Lecène).

Antécédents héréditaires. — Rien de particulier.

En examinant la malade, au toucher, on sent en arrière du col utérin, une masse du volume d'une petite orange qui refoule le col en avant sur la symphyse. Cette masse est un peu dou-

loureuse à la pression. Le corps utérin de volume normal est en antéflexion.

On fait le diagnostic d'appendicite avec annexite et l'on décide d'intervenir par une incision médiane.

Opération le 29 juillet 1907.

1° Cœliotomie médiane.

On trouve le cæcum et l'appendice entourés de nombreuses adhérences filamenteuses, l'appendice est fixé par son extrémité distale le long du bord droit du cæcum.

Résection de l'appendice, ligature du méso; enfouissement du moignon; l'appendice est sclérosé et adhérent dans les deux tiers externes.

2° On passe en revue les annexes : à droite, celles-ci manquent (castration ancienne); le fond de l'utérus est en rétroversion, adhérent légèrement au Douglas.

Les annexes gauches sont adhérentes aussi au Douglas, en les décollant on rupture un kyste hématique de l'ovaire qui se met à saigner notablement. En examinant avec plus d'attention ce kyste hématique qui a la grosseur d'une noix, on voit qu'il sort par la déchirure de ce kyste une masse villeuse qui a l'air d'un placenta (p) En arrière, dans le Douglas, on trouve un épanchement sanguin du volume d'une grosse orange, formé des caillots déjà anciens.

On pense alors à une grossesse ovarienne et on enlève les caillots intra-pelviens ainsi que les annexes gauches. Guérison sans complication.

Examen histologique. — On voit que le kyste hématique rompu était un kyste formé dans un corps jaune, nulle part dans la paroi de ce corps jaune kystique, il n'existait de traces d'une organisation ectoplacentaire (trophoblaste ou villosités

choréales), et il était par conséquent certain que *la grossesse ovarienne était absolument hors de cause* (Lecène). La trompe ne présentait également que des lésions de salpingite chronique sans trace de grossesse tubaire.

OBSERVATION X

(Otto Engström, *Archiv. für Gynäk.*, 1907, t. LXXXII, p. 60.)

Hématocèle pelvienne, abondante, consécutive à une hémorragie provenant d'un corps jaune.

Femme de quarante ans, ayant eu antérieurement sept grossesses normales, et qui, en même temps que quelques irrégularités de ses règles, présenta à plusieurs reprises des douleurs violentes, mais passagères, localisées au bas-ventre et à la région ombilicale.

Une crise plus violente que les autres se produisit au mois de décembre 1905 et s'accompagna de phénomènes de réaction péritonéale. L'examen montra que le cul-de-sac postérieur était tendu et fluctuant, très douloureux. Une ponction exploratrice, pratiquée à ce niveau, ramena du sang noir. On fit le diagnostic de grossesse extra-utérine, et la malade fut mise en observation. Quelques jours après apparurent des métrorragies, qui persistent plus ou moins abondantes, jusqu'à l'opération.

Engström vit la malade le 2 janvier 1906. Elle était pâle et anémiée; l'examen montra que l'utérus était entouré par une masse de consistance pâteuse qui remplissait tout le petit bassin et faisait bomber le cul-de-sac postérieur. On parvenait à

sentir l'origine des trompes, mais on les voyait presque aussitôt se perdre dans la masse péri-utérine. On pratiqua une nouvelle ponction qui ramena du sang et on se confirma dans le diagnostic de grossesse extra-utérine.

L'opération fut décidée et pratiquée le surlendemain. On enleva une grande quantité de caillots sanguins et on constata que les deux trompes étaient saines, ainsi que l'ovaire droit. L'ovaire gauche paraissait avoir été le point de départ de l'hémorragie et était recouvert de caillots adhérents; il fut enlevé. Guérison.

L'examen de la pièce à l'œil me montra que l'hémorragie paraissait provenir d'un corps jaune rompu, siégeant au niveau du pôle externe de l'ovaire. Cet ovaire fut coupé en série, et on constata qu'il ne s'agissait pas d'une grossesse ovarienne; il n'y avait pas trace d'éléments fœtaux. On se trouvait, à n'en pas douter, en présence d'un corps jaune récent. L'ovaire contenait, en outre, un petit nombre de kystes folliculaires. Il est à remarquer que les vaisseaux de la zone médullaire de l'ovaire avaient leurs parois très épaissies et scléreuses.

OBSERVATION XI

(De Rouville, *Annales de Gynécologie*, 1908, p. 222.)

Hématocèle rétro-utérine par rupture d'un kyste folliculaire hémorragique d'un ovaire microkystique présentant des lésions hémolymphangiomateuses.

M^{me} X..., journalière, âgée de trente-trois ans, entre à la Clinique gynécologique le 12 octobre 1897.

10 octobre. — Quarante-huit heures avant son arrivée à l'hôpital, à 10 heures du matin, alors qu'elle était occupée aux soins de son ménage, elle a éprouvé une douleur subite et atroce dans le bas-ventre ; elle eut, sinon une syncope, au moins un accès de faiblesse ; elle se mit au lit, la douleur diminua progressivement dans l'après-midi, mais reparut très vive au milieu de la nuit avec les mêmes caractères et la même localisation. Le lendemain, tout phénomène douloureux aigu aurait disparu ; mais, comme le ventre restait sensible à la palpation, le médecin de la malade crut devoir nous l'envoyer.

A l'examen de M^{me} X... je constate : la pâleur de son visage, l'altération de ses traits, qui sont tirés ; son pouls est bon, peut-être un peu rapide, mais régulier et bien frappé ; sa température est à 37 degrés.

Je procède à un rapide examen de son ventre : à l'inspection, rien, si ce n'est un très léger météorisme ; à la palpation, un peu de sensibilité diffuse à l'hypogastre et une légère tension de la paroi à ce niveau ; ni douleur, ni contracture, ni hyperesthésie au niveau du point de Mac-Burney.

Le toucher combiné au palper abdominal permet de constater que le col est déjeté en avant, collé au pubis ; il est petit, dur et fermé, immobilisé dans sa position anormale ; cul-de-sac postérieur bombé dans le vagin, refoulé par une tuméfaction de consistance inégale, fluctuante, molle, résistante suivant les points ; cette tuméfaction, légèrement sensible à la pression, augmente la tension et s'abaisse dans le vagin, quand la main hypogastrique déprime la paroi abdominale : les culs-de-sac latéraux sont libres ; il est impossible de circonscrire le corps de l'utérus ; on perçoit à l'hypogastre une zone indurée, médiane, remontant à un travers de doigt au-dessus de la symphyse.

Je diagnostique une hématoçèle rétro-utérine par rupture probable de grossesse extra-utérine, et je n'interviens pas de suite, car aucune indication d'urgence ne commande l'intervention ; pouls, température, facies, tout parle en faveur de l'arrêt actuel de l'hémorragie. Mais, dix-huit jours plus tard, un fait nouveau fournit une indication formelle d'intervention. En effet, à trois reprises différentes, la malade a souffert d'une façon aiguë dans le bas-ventre pendant quelques heures ; l'accélération du pouls, la crispation des traits coïncidèrent avec une augmentation manifeste de la tuméfaction du Douglas. L'intervention s'imposait d'urgence et devait être pratiquée par le ventre.

Laparotomie. — On trouve un utérus haut situé, plaqué contre la paroi abdominale antérieure, d'aspect normal, quoique un peu gros ; en arrière de l'utérus, une tumeur noirâtre, dépressible ; recouverte par l'S iliaque, dont les franges adhéraient au fond de l'utérus : ces adhérences étaient molles et évidemment de formation récente ; elles limitaient le foyer par en haut ; on les décolle facilement au doigt, avant d'ouvrir la collection sanguine. Tout le Douglas est rempli de volumineux caillots qui sont enlevés : l'utérus reprend alors sa place normale ; l'examen attentif des annexes montre : trompes absolument saines, ovaire gauche modérément scléro-kystique ; ovaire droit un peu adhérent, il est doublé de volume et présente, saillant à sa surface, un kyste hématique folliculaire, du volume d'une amande, qui se rompt pendant les manœuvres de libération ; il s'en écoule non du sang pur, mais du liquide sanguinolent, teinté de sang : il s'agit sans nul doute de kyste folliculaire hydropique dans lequel s'est faite secondairement une hémorragie : enfin, dans la partie de l'ovaire, immédiate-

ment adjacente à ce kyste, existe une déchirure du tissu ovarien, remplie et comme oblitérée par un caillot noirâtre. On enlève l'ovaire droit et la trompe gauche dont les franges paraissent un peu épaisses et adhérentes. Drainage vaginal. Guérison parfaite.

Examen des pièces. — Dans les caillots, pas de traces d'œuf ou d'embryon. La trompe gauche est absolument saine, pas de débris choriaux et déciduaux dans l'ovaire droit. La coupe de l'ovaire prise au niveau du point ulcéré, qui donne dans le caillot sanguin montre : 1° Une cavité anfractueuse, qui s'enfonce profondément dans le tissu ovarien remplie de sang et dont la paroi a subi une infiltration sanguine sur une grande épaisseur. Au delà de cette partie infiltrée, existe un tissu constitué par de très nombreuses cavités vasculaires dilatées, gorgées de sang, à paroi mince, située dans un substratum d'aspect embryonnaire et parsemé de vaisseaux à type artériel, entouré également d'une zone embryonnaire infiltrée de sang ; sur le côté de la cavité voisine de la surface externe de l'ovaire, ce tissu télangiectasique vient se perdre dans une mince couche de tissu ovarien à peu près normal ; du côté opposé, l'infiltration hémorragique, très forte, dissocie le tissu sur une assez grande profondeur et se continue avec une structure qui rappelle celle d'un lymphangisme. Un tissu fondamental, à grosses cellules anastomosées par de fins prolongements, est disposé en travées minces et en petits carrefours qui séparent des cavités irrégulières, volumineuses, arrondies ou allongées, bordées de cellules endothéliales. Ces cavités lymphatiques sont mélangées de vaisseaux sanguins très nombreux à parois épaisses, irrégulières, bordées d'une couche de cellules embryonnaires

entrant souvent en contact pour former des groupes de type angiomateux. Cette structure s'étend sur la plus grande étendue de la coupe avec une intensité variable suivant les points. Par endroits, en dehors des cicatrices des corps jaunes, on trouve les cavités micro-kystiques bordées de cellules épithéliales proliférées et contenant un peu de mucus. Plusieurs de ces petits kystes, dont on suit le développement à partir des follicules ovariens, sont le siège d'une hémorragie prononcée.

« A un fort grossissement, la paroi de la cavité anfractueuse, ouverte en dehors et dissociée par l'hémorragie, est d'abord constituée par du sang seul, puis par du sang qui remplit une série de cavités séparées par des parois minces et, plus loin, par un processus hémorragique en formation dans des cavités lymphatiques et dans le tissu conjonctif interstitiel.

» Il n'est pas possible de dire quel a été le point de l'hémorragie, mais il est très incontestable que, dans une cavité kystique folliculaire entourée par un tissu angio-lymphangiomateux, il s'est produit une hémorragie qui a ensuite envahi les cavités lymphatiques voisines et a fini par s'ouvrir en dehors.

» En résumé, hémorragie intra-kystique, avec rupture à l'extérieur, dans un ovaire micro-kystique avec lésions hémolympangiomateuses » (M. le professeur Bosc).

OBSERVATION XII

(Tartanson, thèse de Lyon, 1908-1909, p. 48.)

*Fibrome utérin avec hématocele pelvienne légère due à la rupture
d'un kyste hématique de l'ovaire*

S. A..., trente ans, entre à l'hôpital le 14 mars 1907 pour des accidents abdominaux douloureux,

Rien dans ses antécédents héréditaires. Pas de maladie antérieure. Réglée à quatorze ans, toujours régulièrement, toutefois depuis deux ou trois mois, les règles sont plus abondantes, et au bout de huit jours s'accompagnent d'un léger suintement sanguin de courte durée. Jamais d'interruption des règles, les dernières règles datent de quinze jours et furent normales par leur abondance et leur durée. Quelques pertes blanches, mais la malade n'a jamais eu d'accident inflammatoire aigu, n'a jamais souffert en urinant.

Dans la nuit du 11 au 12 mai, la malade ressentit brusquement dans son lit une violente douleur abdominale continue avec paroxysmes intermittents ; un médecin appelé a été frappé surtout par l'élément douloureux présenté par la malade ; celle-ci ne vomit pas et ne présenta pas de signes d'une hémorragie interne. Le lendemain, constatant que le ventre était toujours dur et douloureux, la malade est envoyée à l'hôpital.

Examen. — Femme bien constituée, peu de décoloration des téguments et des muqueuses. Le pouls, 92, la température est de 37°6 ; les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine. La malade ne souffre plus et est allée à la selle.

On est frappé par le ballonnement du ventre et par sa résistance au-dessous de la région ombilicale qui est occupée par une masse dure remontant jusqu'à un travers de doigt au-dessous de la cicatrice ombilicale, surtout saillante à la partie médiane et s'étendant dans les fosses iliaques.

Toucher vaginal. — Col de nullipare, en situation et de consistance normale, ne laissant écouler aucun suintement sanguin par son orifice ; on ne peut délimiter le fond utérin perdu au milieu de la masse abdominale. Celle-ci occupe tout le pelvis, refoule le Douglas et les culs-de-sac latéraux ; sa

consistance appréciée entre le doigt vaginal et la main abdominale est partout uniformément molle et pâteuse, fluctuante même dans le fond du Douglas.

En somme, en raison de la forme, de la consistance de cette tuméfaction, de l'empâtement diffus au-dessous de la paroi abdominale, et de la fluctuation perçue dans le Douglas, en raison aussi du début brusque de l'affection, on porte le diagnostic de grossesse extra-utérine rompue, quoiqu'il n'y ait pas eu de retard des règles et que les aveux de la malade semblent infirmer la possibilité d'une grossesse ectopique.

En présence de l'intégrité de l'état général et des signes peu marqués d'une hémorragie interne, on prescrit un traitement d'attente : repos absolu au lit, glace sur le ventre.

19 mars. — Pouls à 80 ; température 37°8 ; pas de modifications notables du côté de l'abdomen. La malade paraît être dans d'excellentes conditions pour supporter une intervention.

Laparotomie sous-ombilicale médiane (M. Albertin) : on tombe aussitôt sur l'épiploon ecchymotique par emprisonnement au sein de son réseau de caillots sanguins ; en le reclinant, on arrive dans une vaste cavité qui semble située en arrière de l'utérus ; après évacuation des caillots sanguins, on constate que l'utérus est gros, nettement myomateux, et on ne peut exactement se rendre compte de la source de l'hémorragie ; hystérectomie subtotale par le procédé américain ; assèchement de la cavité par de gros tampons de gaze ; péritonisation, pas de drainage. Suture de la paroi à trois plans.

Examen de la pièce. — Utérus du volume d'une tête fœtale ; à la coupe, volumineux noyaux myomateux, entouré sur son pourtour par du muscle utérin presque normal, véritable grossesse fibreuse. Les trompes utérines sont absolument intactes, ne

sont pas augmentées de volume, leur paroi n'est pas épaisse, pas d'écoulement sanguin par l'orifice abdominal. L'ovaire gauche est occupé par un kyste hématique du volume d'une petite mandarine, qui contient à son intérieur du sang liquide presque pur, et dont les parois sont minces et lisses, sans caillots adhérents. L'ovaire droit présente à sa surface un kyste hématique, dont le volume paraît un peu inférieur au précédent, mais l'enveloppe amincie s'est fissurée en son point saillant pour donner issue au liquide hémorragique contenu dans la cavité pelvienne ; la surface interne du kyste est uniformément lisse et régulière, aucun caillot sanguin n'y est adhérent.

Pas d'autre lésion appréciable à la surface de coupe des deux ovaires.

L'examen histologique de différentes coupes en série pratiquées au niveau de deux kystes hématiques n'a nulle part montré de villosités choriales, rien qui puisse faire penser à une grossesse ovarienne.

Les suites opératoires furent excellentes.

Le lendemain de l'opération pouls à 116, température à 38°6. Apyrexie complète et définitive à partir du troisième jour.

8 mars. — Vingt-trois jours après l'intervention, la malade quitte le service entièrement guérie.

OBSERVATION XIII

(Tiolet et Alamartine, Soc. des Sciences méd. de Lyon,
30 juin 1909.)

Volumineuse hématocele rétro-utérine sans grossesse tubaire.

Femme de trente-quatre ans, III-pare, pas de fausse couche.

Réglée à quinze ans, toujours régulièrement. En février 1909, sans aucun retard de règles, la malade, quinze jours après la fin de ses règles, fut prise très brusquement d'une vive douleur dans le bas-ventre, s'accompagnant de coliques, de vomissements verdâtres, avec constipation et météorisme. Cette crise dura trois jours, pendant lesquels la malade garda le lit. Au bout d'une semaine, elle reprit ses occupations, mais elle continua de souffrir ; quinze jours plus tard, les règles revinrent normalement. Un médecin toucha la malade et fit le diagnostic de fibrome. Nouvelle crise analogue à la première quinze jours avant son entrée à la clinique de la Charité.

On constate à son entrée : utérus très refoulé en avant et à droite ; le Douglas, le cul-de-sac latéral gauche et une partie du droit sont occupés par une grosse masse fluctuante modérément tendue, un peu douloureuse et immobile. Pas de pertes blanches ni rouges. Pas de vascularisation anormale au niveau des culs-de-sac vaginaux de l'utérus. Pas de modification des seins.

Diagnostic. — Kyste de l'ovaire prolabé dans le Douglas et tordu.

Intervention le 26 mai 1909 (M. Gayet).

On trouve une volumineuse hématocele rétro-utérine enkystée dans une poche à parois épaisses. On enlève une pleine cuvette de caillots déjà en partie organisés, puis on décortique la membrane d'enveloppe. Les deux trompes sont petites, nullement congestionnées, paraissant absolument saines, avec pavillon ouvert, et l'on ne peut croire qu'une grossesse ait pu siéger dans l'une ou dans l'autre. L'ovaire droit est kystique, du volume d'une petite orange ; on l'enlève avec la trompe du même côté. L'utérus et les annexes gauches sont

sains ; on les laisse en place. Suture de l'abdomen sans drainage.

Suites opératoires simples. Guérison.

Examen des pièces. — Ni au niveau des parois de la poche, ni dans les caillots sanguins il n'a été possible de déceler des débris placentaires malgré des examens histologiques répétés. La trompe est absolument saine, aussi bien comme aspect macroscopique que microscopique. L'ovaire est, en définitive, atteint de dégénérescence scléro-kystique ; il est farci de petits kystes séreux. Deux de ces kystes ont atteint un volume plus considérable : l'un les dimensions d'une noix, l'autre celles d'une mandarine. Le plus petit des deux aurait un contenu légèrement hématique, mais sur une coupe de sa paroi on n'a vu aucun débris placentaire.

OBSERVATION XIV

(Jayle, Soc. de Chir., Paris, 27 janvier 1909.)

De l'hématocèle par rupture d'un kyste hématique de l'ovaire

M^{lle} X..., quarante-deux ans, vierge. Réglée vers quatorze ou quinze ans. Règles régulières, très abondantes, douloureuses, jusque vers l'âge de trente-trois ans, durant sept jours. Jamais de pertes blanches.

Les douleurs en dehors des règles ont débuté en octobre 1907. La malade a ses règles le 13 octobre après un voyage, et il reste à la suite une sensation de pesanteur qui disparut au bout de quelques jours.

En même temps la malade se trouve très faible et ne peut marcher que courbée. Tous les phénomènes disparaissent au bout de huit jours jusqu'à l'apparition des règles suivantes, en novembre, qui viennent comme d'ordinaire. A la suite de ces règles la malade souffre encore pendant huit jours, puis elle est de nouveau bien pendant quinze jours.

4 décembre. — Les règles viennent avec six jours d'avance, cette fois moins douloureuses, aussi abondantes et durant sept jours. La malade reste fatiguée les huit jours qui suivent et vers le 10 ou le 12 décembre elle vomit toute une journée. Le 6 janvier les règles reparaissent. Le troisième jour, en revenant des water-closets, la malade est prise de fortes douleurs en même temps que d'étourdissements et elle n'a pas la force de se déshabiller. Depuis ce moment les douleurs n'ont plus disparu.

Les souffrances ont été très grandes jusqu'à la fin des règles et ont persisté après.

Les douleurs siègent dans les cuisses, les reins, dans tout l'hypogastre, particulièrement au milieu et à gauche. A droite, aucune douleur. Vers le 9 janvier, il y a eu quelques vomissements. Au moment où les douleurs étaient plus fortes, les mictions étaient également douloureuses. La malade était constipée depuis octobre. Les premiers jours des règles elle ne pouvait aller à la selle : le quatrième ou le cinquième jour elle avait une évacuation et en même temps les douleurs de ventre commençaient très vives. Il est probable que la contraction intestinale était provoquée par le début de l'hémorragie intrapelvienne.

L'état général de la malade est médiocre, la malade très maigre, très anémiée, ne peut se tenir debout sans se plier en deux.

Examen physique. — L'examen est rendu difficile par suite de la présence de l'hymen qui est un peu sclérosé et dont l'orifice est étroit ; cependant on arrive à sentir que tout le pelvis est occupé par une masse qui fait corps avec le col et qu'on suppose être l'utérus volumineux, contenant sans doute un fibrome flanqué à droite et à gauche des masses annexielles, le tout compliqué de péritonite.

19 janvier 1908. — *Opération.* — Anesthésie à l'éther. Dès l'ouverture de la cavité péritonéale, on voit que les anses grêles adhèrent au péritoine sus-pubien. En les réclinant avec le doigt, on détache les fausses membranes, et il s'écoule un peu de liquide qu'on recueille aussitôt sur des compresses. Avant d'aller plus loin, on protège avec le plus grand soin tout le haut de la cavité péritonéale, et on place l'écarteur mécanique, on détache les anses intestinales, et l'aspect du pelvis rappelle tout aussitôt l'aspect de la grossesse extra-utérine avec hématocele. Au cours de cette libération, très rapidement, on ouvre un grand foyer sanguin. La quantité de sang est évaluée à près de trois quarts de litre. Le sang est noir et poisseux. A la surface de la poche et en haut se trouvent quelques traînées de fibrine que tout d'abord on avait prises pour des traînées purulentes. Peu à peu, au fur et à mesure qu'on se débarrasse du contenu de l'hématocèle, on finit par reconnaître l'appareil utéro-annexiel ; l'utérus est gros du double volume qu'il doit avoir chez une femme vierge. On cherche s'il n'existe pas une grossesse extra-utérine droite ; la trompe est prolabée et perdue dans le liquide d'hématocèle ; on la libère et on l'enlève ; on s'aperçoit alors que l'ovaire est en place et ne présente aucune lésion. La trompe enlevée n'est d'ailleurs que fortement congestionnée et un peu épaissie, son extrémité est libre, d'apparence

saine. On cherche alors à gauche ; on enlève encore du sang et on trouve les annexes qui paraissent bien être l'origine de l'hémorragie, car l'épanchement est plus abondant de ce côté et en outre les annexes sont le siège, même pendant l'opération, d'une petite hémorragie. On pense trouver à leur niveau une grossesse tubaire, mais on ne voit aucune lésion de ce genre ; la trompe présente les mêmes caractères que de l'autre côté, mais l'ovaire présente deux petits kystes rupturés, et dont l'un, noirâtre, laisse suinter du sang. Ces annexes sont enlevées.

La question se pose alors de l'hystérectomie ; mais comme l'intervention a déjà duré près de cinquante minutes, que l'opérée est très faible, qu'il existe une circulation pelvienne très développée, que la malade étant vierge et l'hymen assez serré, la désinfection vaginale ne sera pas facile, on se décide à pratiquer l'hystéropexie par quatre points au catgut, unissant les parties antéro-latérales de l'utérus au péritoine pariétal. Il reste donc l'utérus avec l'ovaire droit. L'hémostase parfaite est impossible, tout le pelvis étant dénudé et suintant. On place un grand drain allant jusqu'au fond du Douglas et quatre mèches. Fermeture de la paroi.

Suites opératoires bonnes, sauf un peu d'anurie le deuxième jour. Guérison au bout d'un mois.

Examen des pièces, par M. Latteux, chef de laboratoire de M. le professeur Pozzi.

1° *Trompes*. — Les deux trompes minutieusement examinées ne présentent aucun renflement ; elles sont perméables au niveau du pavillon ; elles ont des dimensions normales, un peu indurées. L'examen histologique n'a rien relevé de particulier.

2. *Ovaires.* — *Examen macroscopique.* — A son extrémité inféro-externe sont appendus deux petits kystes noirâtres qui se sont rompus en revêtant l'aspect déchiqueté de certains carpelles au moment de la délivrance. Ces kystes contiennent encore à leur face externe une couche de sang coagulé.

L'ovaire légèrement hypertrophié, étant incisé dans son petit diamètre, laisse voir une troisième cavité kystique, mais ne contenant pas de sang. Le tissu ovarique se montre à l'œil nu, parsemé d'une quantité de petits orifices, qui appartiennent à d'innombrables capillaires dilatés plus ou moins gorgés de sang. Quant à la zone centrale, on rencontre une vascularisation aussi développée que dans la région médullaire.

Examen microscopique. — Nous avons fait une coupe microkystique passant par l'axe du troisième et comprenant toute l'épaisseur de l'ovaire. La couche corticale à peu près normale dans la majeure partie de son étendue, présente au pourtour des kystes hémorragiques une modification particulière. Les cellules sont augmentées de volume et le noyau est arrondi, au lieu d'offrir son aspect normal filiforme. En un mot, le tissu a pris une consistance moins résistante.

Mais, ce qui est surtout important à signaler, c'est la multitude de capillaires ou de petits vaisseaux hypertrophiés faisant une sorte de ceinture vasculaire qui entoure chacun des kystes hémorragiques ; quelques-uns d'entre eux sont rompus et les éléments sanguins se sont répandus de proche en proche dans tout le tissu ambiant sous forme d'infiltration. D'autres, entre les éléments, par le même mécanisme, se sont épanchés dans les deux petits kystes dont les parois, sous l'effort de la pression, se sont rompues et ont donné naissance à l'hémorragie intrapéritonéale.

Le troisième kyste ne présente pas d'hémorragie interne, mais il est plus que probable qu'il eût subi la même évolution que les premiers. On constate, en effet, qu'il était entouré d'une zone vasculaire considérable et tellement développée, qu'en certains points on croirait se trouver en présence d'un tissu angiomateux. Des infiltrations sanguines s'étaient déjà produites d'ailleurs et n'auraient pas tardé à prendre un développement considérable.

En résumé, il s'agit des phénomènes hémorragiques provenant de l'hypertrophie et du développement exagéré des capillaires ovariens, dont les parois trop faibles n'ont pu, en se développant, supporter la pression sanguine, se sont rompues et ont donné naissance à des infiltrations sanguines plus ou moins étendues. Le sang s'est épanché dans les cavités kystiques : sous un excès de pression, les kystes ont éclaté, et le suintement continuant, il s'est développé progressivement et sans doute en plusieurs fois, correspondant aux crises douloureuses, une hématocèle considérable.

Suites éloignées. — Réapparition des règles le 12 juillet 1908. Nouveaux phénomènes pelviens, les règles reviennent au bout de quinze jours très douloureuses. En octobre Jayle examine la malade et pense qu'il s'est développé d'autres kystes hématiques dans l'ovaire qu'il a laissé.

OBSERVATION XV

(Kynoch. Édimbourg, *Journal of Obstetrics and Gynecology of the British Empire*, vol. XXIII, mai 1913, p. 304.)

Hématocèle pelvienne par rupture d'un kyste sanguin de l'ovaire

Kynoch rapporte une observation, qu'il considère comme la seule actuellement probante d'hématocèle, étrangère à toute grossesse ectopique.

Il s'agit d'une femme D..., âgée de trente-huit ans, qui, après deux mois d'aménorrhée, fut prise de violentes douleurs pelviennes avec perte utérine abondante.

On sent au toucher une tumeur, grosse comme un citron, qu'on prend pour une grossesse tubaire.

La laparotomie fut faite, et on constate que l'utérus, les trompes et l'ovaire gauche sont normaux. L'ovaire droit est transformé en un kyste uniloculaire, portant en son centre un gros caillot. Ce kyste présente une déchirure par où sort du sang liquide qui a rempli peu à peu tout le Douglas.

Ovariotomie. Guérison.

L'examen histologique montre qu'il s'agit bien d'un kyste uniloculaire de l'ovaire sans aucune formation vilieuse pouvant faire penser à une grossesse ovarienne.

OBSERVATION XVI

(M. D.-J. Cranwel, Buenos-Aires.)

Communication à l'Académie de Médecine de Paris, séance du 5 mars 1912, *Bulletin de l'Académie*, 3^e série, t. LXVII, n^o 10, p. 185-190.

Inondation péritonéale par rupture d'un follicule de de Graaf

Il s'agit d'une femme de vingt-quatre ans, sans antécédents pathologiques. Régulée à quinze ans, elle a eu trois enfants et pas d'avortements. Règles toujours normales. Huit jours avant son entrée à l'hôpital, la malade a souffert de douleurs aiguës intermittentes à l'hypogastre et dans les fosses iliaques, accompagnées de nausées et des vomissements sans fièvre.

La veille de son entrée, elle fut prise d'une douleur extrêmement vive dans l'hypogastre et dans la fosse iliaque gauche.

A son entrée elle présente les symptômes d'une hémorragie interne avec facies grippé et température à 36°7. Le ventre ballonné mais souple, dépressible, contient du liquide libre. Il existe de la matité variable dans les flancs. La malade dit n'avoir pas eu d'interruption de ses règles et être au moment où elle les attendait.

A la laparotomie il s'écoula 1 litre de sang, le bassin était plein de caillots. L'utérus était de volume normal, la trompe gauche était normale, l'ovaire gauche un peu augmenté de volume, présentait sur sa face supérieure un petit orifice par

lequel du sang s'écoulait en abondance. L'ovaire et la trompe gauche furent enlevés. Guérison.

L'examen histologique. — Fut pratiqué par le Dr Bidakovitz. Au centre de l'ovaire gauche, on trouva une cavité de 11 millimètres de diamètre, limitée par un tissu plissé, blanc, communiquant avec l'extérieur par un orifice de 2 millimètres. Cette cavité correspondait à une vésicule de de Graaf rompue. On n'a pu rencontrer sur les coupes aucun vaisseau rompu pouvant expliquer une hémorragie aussi considérable, ni rien qui permit de supposer une grossesse ovarienne.

CONCLUSIONS

I. — A côté de l'hématocèle et de l'inondation péritonéale par rupture de grossesse ectopique, il existe des hémorragies intra-péritonéales, beaucoup plus rares, indépendantes de toute altération gravidique de la trompe ou de l'ovaire.

L'hémorragie peut résulter dans ces cas de la rupture de follicules de de Graaf normaux ou de la rupture de kystes hématiques, développés aux dépens des kystes folliculaires ou des kystes des corps jaunes.

II. — Cliniquement, ces hémorragies intra-péritonéales donnent soit le tableau de l'inondation péritonéale, soit, plus souvent, celui de l'hématocèle pelvienne, se constituant lentement et donnant naissance à des poussées hémorragiques successives.

III. — On diagnostique facilement dans ces cas l'hématocèle ou l'inondation péritonéale ; mais il sera beaucoup plus difficile de savoir avant l'opération la nature exacte de ces hématocèles exceptionnelles ; la virginité de la malade, la régularité de la menstruation, l'absence de tout signe fonctionnel de la grossesse pourraient être des signes présomp-

tifs, mais toujours discutables et incertains. Seul, un examen anatomique minutieux des organes pelviens au cours de l'intervention et un examen microscopique attentif des pièces enlevées pourront permettre de faire le diagnostic et d'établir que la grossesse ectopique tubaire ou ovarienne doit être mise hors de cause.

IV. — Le traitement est le même que celui de l'hématocèle ou de l'inondation péritonéale dues à la grossesse ectopique : le mode particulier de production de l'hémorragie intra-péritonéale dans ces cas ne saurait, en effet, modifier en rien les indications thérapeutiques habituelles.

Vu : le Président de la thèse,

HARTMANN

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- Bürger.* — Hémorragie dans un kyste folliculaire avec rupture secondaire du kyste dans la cavité abdominale, inondation péritonéale (Centralblatt für Gyn., juin 1903).
- Bérard.* — Documents pour la pathogénie des hématocèles pelviennes (Bull. Soc. Chir. Lyon, mai-juin 1902, p. 282).
- Bender et Marcille.* — Inondation péritonéale due à la rupture d'un petit kyste folliculaire hémorragique de l'ovaire (Tribune médicale, 20 août 1904).
- Bonneau (R).* — Hémorragie intra-péritonéale récidivante par rupture du follicule de de Graaf (Paris Chirurgical, 13 déc. 1912, p. 1101).
- Cranwel (M.D.J).* (Buenos-Aires). — Inondation péritonéale par rupture d'un follicule de de Graaf (Communication à l'Académie de Méd. de Paris, séance du 5 mars 1912. Bull. de l'Acad., 3^e série, t. LXVII, n° 10, p. 185-190).
- Cestan.* — Des hémorragies intra-péritonéales et de l'hématocèle. (Thèse de Paris 1893-94).
- Charrier.* — Hématocèle rétro-utérine par rupture d'hématome de l'ovaire (J. méd. de Bordeaux, oct. 1912, p. 681).
- Depage.* — Rupture de l'ovaire Hémorragie intra-abdominale (Soc. belge de Chirurgie, 19 mars 1898).
- Daniel.* — Petits kystes hémorragiques de l'ovaire (Revue de Gyn., 10 avril 1905. p. 195).

- Engstræm (O.)*. — Hématocèle pelvienne abondante, consécutive à une hémorragie, provenant d'un corps jaune (Arch. für Gynäk., 1907, t. LXXXII, p. 60).
- Faure et Siredey (J.-L.)*. — Traité de gynécologie médico-chirurgicale, 1911.
- Gabriel*. — De l'hématocèle rétro-utérine d'origine ovarienne (Arch. für Gynäk., 1901. Bd., 64. H. 2).
- Gottschalk*. — Hémorragie intra-péritonéale par rupture d'un kyste du corps jaune (Deuts. Med. Woch., 10 déc. 1896, p. 807).
- Groos et Heully*. — Les Hémorragies intra-péritonéales d'origine génitale, mais non gravidique (Arch. mens. d'Obst. et de Gynéc. Paris, 1913, p. 463-472).
- Hannecart*. — Hématocèle intra-péritonéale, consécutive à une rupture d'un hématome de l'ovaire avec fibrome utérin (Ann. Soc. belge de Chir., 1900-1901).
- Jayle*. — De l'hématocèle par rupture d'un kyste hématique de l'ovaire (Soc. de Chir. Paris, 27 janv. 1909).
- Kober*. — Hématocèle rétro-utérine, sang, grossesse extra-utérine (Centralblatt für Chirurgie, 1901, p. 1073).
- Kynoch*. — Hématocèle pelvienne par rupture d'un kyste sanguin de l'ovaire (Journal of Obstetrics and Gyn. of the British Empire, vol. XXIII, mai 1913, p. 304).
- Letoux-Tuffier*. — Inondation péritonéale par rupture d'une grossesse ovarienne probable (Bull. mensuel de la Soc. de Chirurgie de Paris. Séance du 12 déc. 1900).
- Laroyenne*. — Essai de séméiologie du Douglas chez la femme. Thèse de Lyon, 1901-1902.
- Maurange*. — Ovaire polykystique. Apoplexie intra-kystique droite. Rupture de la poche. Hématocèle rétro-latéro-utérine (Arch. de Gynécologie, 1893, t. II, p. 38).
- Morigny*. — Contribution à l'étude de la pathogénie et du traitement de l'hématocèle rétro-utérine. Thèse de Paris, 1890-1891.

- Rouville (De)*. — Hématocèle rétro-utérine par rupture d'un kyste folliculaire hémorragique d'un ovaire microkystique présentant des lésions hémolymphangiomateuses (Annales de Gynécologie, 1908, p. 222).
- Nélaton*. — Leçons orales faites à l'hôpital Saint-Louis (Gazette des Hôpitaux, 1851).
- Pilliet*. — Hémorragie de l'ovaire due à un corps jaune. (Bull. Soc. anat. de Paris, 1903, p. 442).
- Pozzi*. — Traité de Gynécologie clinique et opératoire.
- Robin*. — Notes sur les hémorragies des vésicules ovariennes, 1856-1857.
- Rousseau*. — Hémorragies ovariennes (Journ. méd. de Bruxelles, 1903, n° 50, p. 785).
- Tartanson*. — Fibrome utérin avec hématocèle pelvienne légère due à la rupture d'un kyste hématique de l'ovaire (Thèse de Lyon, 1908-1909, p. 48).
- Trousseau*. — Leçons sur l'hématocèle cataméniale (Gaz. des hôpitaux, 1858 ; Cliniques, t. III, 1877).
- Théodoroff*. — De l'hématocèle rétro-utérine. Étude historique (Lausanne. Thèse 1906, p. 55).
- Violet et Alamartine*. — Volumineuse hématocèle rétro-utérine sans grossesse tubaire (Soc. des Sciences méd. de Lyon, 30 juin 1909).
- Venat*. — Hématocèle intra-péritonéale par rupture d'un kyste hépatique de l'ovaire (Journal méd. de Bordeaux, nov. 1903, p. 733).
- Wheelton-Hind*. — Hémorragie subite de l'ovaire résumée dans la Gynécologie, 1905, p. 463 (Bull. méd., juillet 1905).
- Weinbrenner de Magdebourg*. — De la grossesse extra-utérine simulée et hémorragies du corps jaune (Central. f. Gyn., 1906, p. 1383).
-

